ÜBER EINEN
MORDAKT AUF KATATONISCHER BASIS
(KASUISTISCHER BEITRAG).

INAUGURAL-DISSERTATION
VERFASST UND DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER
K. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
VORGELEGT VON

JOSEF SABISCH
AUS
METZ IN LOTHRINGEN.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

ELBERFELD.
BUCHDRUCKEREI J. H. BORN.
1913.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Herr **Professor Dr. Stumpf,** Medizinal-Rat.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Im Jahre 1874 stellte Kahlbaum zum ersten Male an der Hand von 25 Fällen ein eigenartiges Krankheitsbild auf, bei dem bestimmte somatische Symptome in charakteristischer Weise mit psychischen Erscheinungen vereint vorkamen, und nannte dies Katatonie oder Spannungsirresein.

Katatonie war bisher die Bezeichnung für ein Symptom und bedeutete analog der Katalepsie einen plötzlich eintretenden Spannungszustand der Muskulatur. Erst durch Kahlbaum wurde der Begriff als Bezeichnung für ein Krankheitsbild eingeführt. Seine Diagnose lautete: „Die Katatonie ist eine Gehirnkrankheit mit cyclisch wechselndem Verlauf, bei der die psychischen Symptome der Reihe nach das Bild der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schließlich des Blödsinns darbieten, von welchen psychischen Gesamtbildern aber eins oder mehrere fehlen können, und bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen."

Was bis zu der Zeit hiervon bekannt war, wurde mit den verschiedensten Namen wie „Melancholia attonita", „Melancholia stupida", „Stupidité", „Melancholie avec stupeur", „Abulie", „Sprachlosigkeit", „Irresein compliziert mit Krämpfen und Katalepsie" und anderem mehr belegt, wobei immer nur das jeweilige Stadium der Erkrankung für die Namensbezeichnung maßgebend war. Kahlbaums Verdienst war es, nachzuweisen, daß die verschiedenen Stadien, wie die Melancholie, die Manie, die Stupescenz und schließlich im ungünstigsten Falle der Terminalblödsinn, nur die verschiedenen Phasen ein und derselben Krankheit sind, von denen die einzelne Phase durch heftigeres oder längeres Bestehen bald mehr, bald weniger in den Vordergrund tritt. So hatte er sehr treffend den Vergleich mit einer Infektionskrankheit gezogen, wobei die Melancholie das Stadium evolutionis, die Manie das Stadium akmes, die Verwirrtheit das Stadium decrementi und der Blödsinn das Stadium defecti bilde.

Obwohl seine Arbeit großes Aufsehen erregte, fand er durchaus nicht die Billigung und Anerkennung seiner psychiatrischen Zeitgenossen.

So vertrat und vertritt heute noch Ziehen die alte Ansicht, daß katatonische Zustände fast bei den meisten Psychosen vorkämen, und daß das selbständige Bestehen der

Krankheit äußerst selten sei. Er habe in über 20 Jahren nur 2 Fälle gesehen, die der Kahlbaumschen Schilderung entsprächen.

Schüle unterschied (1886) eine religiös-expansive Form, eine depressiv-dämonomane und schließlich noch eine mit hysterischem Grundcharakter, fand aber katatonische Zustände auch bei anderen Irreseinsformen. Später (1898 und 1901) stellte er unter Hauptberücksichtigung der motorischen Symptome 6 verschiedene Gruppen auf und verneinte das selbständige Bestehen der Katatonie. Neben diese stellte er eine andere Gruppe echter Katatonien von leichter und schwerer Form; erstere auf Grund von Neurosen, und zwar des hysterischen Irreseins, letztere als eine primäre Demens oder durch katatone Erscheinungen modificierte periodisch-circuläre Degenerationspsychose, also auch nicht eine Krankheit sui generis.

Kraepelin (1886) trat wieder für die Ansicht Kahlbaums bis zu einem gewissen Grade ein. Auf Grund seiner reichen Erfahrung wollte er zwar nicht alle, jedoch einzelne Krankheitsbilder im Sinne Kahlbaums haben. Er erklärte die Katatonie als einen „Krankheitsprozeß, der durch das acute und subacute Auftreten eigentümlicher, in Stupor und späteren Schwachsinn übergehender Erregungszustände mit verworrenen Wahnideen, Sinnestäuschungen und den Erscheinungen des Negativismus, der Impulsivität, Verschrobenheit, Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen charakterisiert wird". Vor allem legte er großen Wert der Prognose bei. „Den Ausgang der Katatonie bildet regelmäßig ein mehr oder weniger erheblicher Grad von geistiger Schwäche". Er baute die Dementia praecox aus und reihte die Katatonie neben der Hebephrenie und der Dementia paranoides als dritte Unterabteilung ein.

Rieger rechnet die Katatonie teils wie Kraepelin als Unterabteilung zur Dementia praecox oder, wie er vorzieht, Dementia simplex, teils betrachtet er sie als Krankheit sui generis; katatonische Symptome sah er aber auch einzeln oder kombiniert bei progressiver Paralyse, Epilepsie, Hirntumor, Uraemie und anderen Intoxikationspsychosen, seltener auch bei Manie, Melancholie, Idiotie etc.

Hoche ferner noch bei Amentia, Paranoia, bei epileptischen Dämmerzuständen, progressiver Paralyse, Hysterie und, wenn auch selten, bei Melancholie.

Man kann daraus ersehen, daß sehr lange geteilte Ansichten auf diesem überaus wichtigen Gebiete der Psychiatrie herrschten und erst in jüngster Zeit mit wenigen Ausnahmen eine übereinstimmende Auffassung sich Bahn zu brechen scheint. Es ist daher wünschenswert, wie auch Aschaffen-

burg und vor allem unser Altmeister Kahlbaum betont, möglichst viel kasuistisches Material zusammen zu bringen.

Im Folgenden soll deshalb über einen in kurzer Zeit zum Tode führenden Fall von Katatonie geschrieben werden, deren erste unverkennbaren Symptome nach einem höchst gewalttätig ausgeführten Morde in Erscheinung traten. Um aber aus unserem Falle die einzelnen Krankheitsbilder schärfer analysieren zu können, sei es gestattet, das Wesen der Katatonie in kurzer Beschreibung ihrer Hauptsymptome vorerst zu schildern.

Das, was der Krankheit auch den Namen gab, bildet der abnorme Spannungszustand der Muskeln. Dieselben können einmal bretthart, dann wieder weich sein. Es entstehen bei solchen Patienten dadurch mitunter die absonderlichsten Figuren, wenn z. B. die Bauchmuskulatur befallen ist; durch die Unbeweglichkeit sieht das Gesicht geisterhaft, wie eine Totenmaske aus. Solche stereotype Haltungen und Bewegungen können Wochen, ja Monate lang beibehalten werden. Ein weiteres wichtiges Symptom ist der Negativismus, der sich in den verschiedensten Formen äußern kann. Während man gewöhnlich unter einem negativen Verhalten etwas passiv Ablehnendes, ohne eigenes Zutun versteht, bedeutet Negativismus ein aktives Widerstreben gegen jede Beeinflussung, sei dieselbe von außen herrührend oder auch aus eigenem Impulse entspringend. In letzterem Falle bleiben die Kranken z. B. mitten im Laufe nach einem scheinbar vorgenommenen Ziele stehen oder brechen mitten im Satze ab, lispeln dann nur noch einige Worte oder sind und bleiben überhaupt stumm (Mutacismus). Werden sie von außen her veranlaßt, irgend etwas zu tun, so setzen sie einen energischen Widerstand entgegen und tun manchmal gerade das Gegenteil. So kann man sie bisweilen zum Essen veranlassen, indem man ihnen das Vorgesetzte und von ihnen aus negativistischem Grunde unbeachtet Gelassene scheinbar wieder wegholt. Auch die Unsauberkeit gehört hierher; die Kranken halten Tage lang Kot und Urin zurück oder entleeren denselben in das Bett oder neben die Klosettschüssel nach Verlassen derselben. Man kann den Negativismus als eine verminderte bezw. erschwerte Beeinflußbarkeit bezeichnen. In scheinbarem Gegensatze hierzu steht die erleichterte Beeinflußbarkeit, wie sie in der Befehlsautomatie und Flexibilitas cerea zum Ausdruck gelangt. Die Glieder solcher Patienten lassen sich gleichsam wie Wachs in Stellungen biegen, d. h. bringen und verharren in solchen, selbst der unbequemsten Art, mitunter stundenlang. Ferner schwatzen die Katatoniker Gehörtes (Echolalie) oder selbst erfundene, meist sinnlose Worte und Sätze beständig nach (Verbigeration). Werden Bewegungen so nachgeahmt und

wiederholt, spricht man von Echopraxie. Diese scheinbaren Gegensätze des Widerstrebens einerseits und der völligen Hingabe andererseits gehen bei den Kranken regellos und ganz unvermittelt ineinander über. Ebenso wechselt das Bild des tiefsten Stupors, in dem die Kranken teilnahmslos und vollständig ruhig sind, mit der katatonen Erregung ab.

Diese Symptome finden sich, wie schon erwähnt, auch bei vielen anderen Psychosen; was aber für Katatonie spezifisch ist, und worüber sich die bedeutendsten Psychiater wie Kraepelin, Rieger, Binswanger, Hoche und andere einig sind, ist eine Kombination dieser verschiedenen katatonischen Symptome und der charakteristische Verlauf mit Ausgang in tiefen Blödsinn oder wenigstens geistige Schwäche, dazu bei Kranken, die meistens in der ersten Lebenshälfte stehen. Was das Lebensalter angeht, so werden wir später nochmals darauf zu sprechen kommen.

Kaspar H., 38 Jahre, verheirateter Bauer aus D., wurde am 30. V. 1908 wegen Mordes verhaftet. Der Großvater desselben soll seine Frau nach dem Tode noch geschlechtlich mißbraucht haben. Die Mutter des H. befand sich in ihrem 38. Lebensjahre (1875) wegen Melancholia levior mit Versündigungswahn einen Monat in Anstaltsbehandlung. Sie wurde gebessert entlassen; nur später „nahm sie alles ziemlich schwer" und neigte wegen Geringfügigkeiten zu Schimpfereien. Eine Schwester befand sich 1904, 40 Jahre alt, ebenfalls drei Monate lang wegen geistiger Erkrankung in Anstaltsbehandlung. Versündigungswahn, Selbstanklage, unwürdig kommuniziert zu haben, Selbstmordgedanken, depressive, ängstliche Stimmung, Nahrungsverweigerung. Sie wurde wohl gebessert entlassen, ist aber immer noch äußerst erregt, leidet an Verfolgungswahn und muß beständig überwacht werden. Ein Bruder erlitt vor einigen Jahren durch einen Unfall eine Kopfverletzung und soll seit dieser Zeit „spinnen". Der älteste, 10jährige Sohn H.'s leidet seit etwa ¾ Jahren an Anfällen mit Bewußtseinstrübungen, wahrscheinlich Epilepsie. H. selbst, von 9 Geschwistern das 6. Kind, erhielt in der Schule den Spitznamen der „Dehner". Er hatte die Gewohnheit, an seinem Genitale so lange zu reiben, bis er ganz rot im Gesicht wurde. Dabei wußte er nicht, was um ihn vorgeht, und schaute kerzengerade aus. Wurde er vom Lehrer gestraft, so war er ganz „paff" und merkte anscheinend gar nicht, daß er in der Schule war. Diese Unart, die mitunter 2—3 mal am Tage vorkam, wurde gleich beim Eintritt in die Schule an ihm beobachtet. Sonst war er ein fleißiger und talentvoller Schüler. Später, bis zu seiner Verheiratung mit einer Witwe (1897), war er, abgesehen von heftigem Jähzorn, geistig normal. Bei geringfügigen Schlägereien gebrauchte er dann gerne den Aus-

druck: „Es muß Blut geben!“ Mit seiner Frau lebte er gut, nur will diese z. Zt. des Vollmondes ein verändertes Wesen, wobei er Frau und Kinder gern plagte, an ihm bemerkt haben. Im Ort selbst galt er als scheinheilig, kein großer Arbeitsfreund, aber geschäftlich tüchtig, wenn es hohe Preise zu erzielen galt, wodurch er ein gewisses Ansehen genoß. Für geistig anormal wurde er von keinem gehalten.

Zur Vorgeschichte sei folgendes bemerkt: Am Morgen des 16. IV. 1908 wurde in einem Hohlwege bei D. die ledige Musikerstochter Anna Pf. ermordet aufgefunden. Nachdem einige Wochen der Dienstknecht P. im Verdacht stand, der Mörder zu sein, und auch verschiedene Verhandlungen gegen denselben geführt wurden, stellte sich der wirkliche Täter auf folgende Weise heraus. Schon wenige Tage nach dem Verbrechen wurden in D. Stimmen laut, die H. als den Mörder bezeichneten. Dieselben gründeten sich in der Hauptsache darauf, daß sich H. durch sein sonderbares, für Schuldbewußtsein sprechendes Benehmen verdächtig machte. Greifbarere Form nahm der Verdacht aber erst an, als H. nach Verübung eines unsittlichen Angriffes auf die Tagelöhnersfrau R. (22. V.) flüchtig gegangen war. In der Nacht vom 25. zum 26. V. traf er vor dem Landgerichtsgefängnis W. ein. Auf sein mehrmaliges Schellen erschien der diensthabende Aufseher, dem H. die Bitte vortrug, entweder sofort zu dem Untersuchungsrichter geführt zu werden oder wenigstens die Nacht im Gefängnis zubringen zu dürfen. Er sei müde wie ein Hund. Auf den Rat des Aufsehers hin, in einem Gasthause zu nächtigen, entfernte sich H. wieder. Tags darauf fand er sich freiwillig bei der Staatsanwaltschaft ein und suchte sich gegen die Unterstellung, daß er das Mädchen umgebracht habe, zu rechtfertigen. Ebensowenig hätte er sich gegen die R. in sittlicher Beziehung vergangen. Als Grund seines Weglaufens gab er an, daß er sich in D. seines Lebens nicht mehr sicher fühle. Am 29. V. erschien er neuerdings vor der Staatsanwaltschaft W. und bekannte sich dazu, die ihm zur Last gelegten sittlichen Verfehlungen an der im Jahre 1901 damals 11jährigen Ökonomenstochter Maria U. von D. begangen zu haben. Am 30. V. vormittags fuhr H. mit seinem Stiefsohn aufs Feld, um Klee aufzuladen. Dort angekommen, fing er plötzlich zu weinen an und forderte in zunehmender Erregung den Knaben auf, aus dem Orte Hilfe zu holen. „Der Teufel regiere ihn, er kriege ihn aber nicht“. Auf die Hilferufe des Knaben eilten 2 Ortsbürger herbei und trafen H. unweit der Mordstelle im Hohlweg splitternackt an. Wider Erwarten gelang es den beiden leicht, ihn festzunehmen, anzukleiden, wobei er mithalf, und in den Ort zu bringen. Dort ließen sie H. laufen, der sich selbst eiligen Schrittes in das Gendarmerielokal begab,

wo er ein umfassendes Geständnis ablegte. „Ich will nun alles sagen, ich will, daß die Gendarmen ihre Ruhe bekommen, und daß ich meine Ruhe habe, und daß kein Meineid geleistet wird. Ich habe die Pf. hingemacht, ich war's, ich hab's getan; lassen Sie mir nur nichts von den Leuten tun!"

Zu derselben Zeit fand gerade in D. eine Verhandlung gegen den unschuldig festgenommenen Dienstknecht statt. Von dem Gendarm dem amtierenden Untersuchungsrichter vorgeführt, schilderte er in ausführlicher Weise die Vorgänge der Mordnacht. Schließlich aber bemächtigte sich seiner eine hochgradige Erregung. Er bat den Richter flehentlich, ihn vor dem Wachtmeister zu schützen, der ihn erschießen wolle. Der Richter solle den Wachtmeister erschießen, weil sonst der Wachtmeister ihn erschieße; dann verlangte er, daß demselben Revolver und Säbel abgenommen würden, und faselte wirr durcheinander. Mit Rücksicht darauf wurde die Vernehmung abgebrochen und die Einschaffung des Angeklagten in das Amtsgerichtsgefängnis angeordnet. Nachdem auf telephonische Mitteilung der I. Staatsanwalt in D. eingetroffen war, und sich H. inzwischen wieder beruhigt und bereit erklärt hatte, die Gerichtskommission an den Tatort zu begleiten, wurde zur Augenscheinnahme geschritten. Während derselben verhielt sich H. durchaus ruhig und gefaßt und gab eine genaue Darstellung der Tat und ihrer Einzelheiten: Daß er das Mädchen, das auf ihren Burschen wartete, zum Zwecke des geschlechtlichen Verkehrs angesprochen habe; die Pf. habe auch anfangs eingewilligt, dann aber habe sie aufgeschrieen und, trotzdem er sie wiederholt um Ruhe bat, weiter geschrieen. Aus Wut darüber habe er sie mittels seiner Weinbergschere und darauffolgendem Mundknebel ermordet. Erst ganz zum Schluß brach er in Tränen aus und jammerte darüber, daß er seine Frau und Kinder in solches Unglück gestürzt habe. Auf Zureden jedoch fand er rasch seine frühere Fassung wieder und folgte anstandslos nach dem Bahnhof zwecks Überführung in das Landgerichtsgefängnis. Dort benahm er sich schon in den ersten Tagen ziemlich laut und störend. Während er zu den gewöhnlichen Verrichtungen, wie Reinmachen der Zelle, noch zu verwenden war, sprach er nachts oft laut für sich, schrie gerade hinaus, sang in den höchsten Tönen und trommelte an die Zellentür. Dann wiederholte er oftmals schnell hintereinander die gleichen Worte und Sätze wie: „Schlagt ihn tot, den Lumpen, gelt, jetzt kommt ihm das Gewissen, wenn sie nur den Kopf nicht runter machen!" Er lief beständig im Hemde herum, urinierte auf den Boden und warf den Abortkübel um. Die Nahrungsaufnahme war von Anfang an ungenügend; wurde ihm das Essen eingegeben, pflegte er auf den Löffel zu beißen, dann wieder riß er seinem Pfleger

die Suppenschüssel aus der Hand, um den noch heißen Inhalt gierig hinunterzuschütten. Dem Aufseher fiel auf, daß er oftmals erst nach dem Essen langte, wenn dasselbe abgetragen werden sollte. Von der Eröffnung, daß das Konkursverfahren über sein Vermögen eingeleitet sei, nahm er zunächst gar keine Notiz; erst als er sich unbeobachtet wähnte, öffnete er den Umschlag, las den Inhalt wiederholt durch, faltete das Papier wieder zusammen und schob es unwillig von sich. Die letzten 9 Tage litt er an hartnäckiger Stuhlverhaltung. Er wies das Essen fast vollständig zurück und war zu sprachlichen Äußerungen nicht mehr zu bewegen. Aus diesen Gründen beantragte der Gerichtsarzt (Herr Prof. Dr. Stumpf) die schleunige Verbringung des Angeklagten in eine Irrenanstalt. Erst auf nochmals energischen Antrag des Gerichtsarztes wurde am 13. VI. H. für die vorläufige Dauer von 6 Wochen zur Beobachtung in die Kreisirrenanstalt gebracht. Auf dem Transport verhielt er sich ruhig und sprach nichts.

Bei der Aufnahme mustert H. stillschweigend den Arzt, nimmt auf Fragen den Anlauf zu erwidern, hält aber im gleichen Augenblicke wieder an sich und bewegt nur die Lippen. Er macht im allgemeinen einen ängstlichen Eindruck, versteht aber allem Anscheine nach die an ihn gerichteten Fragen. Auf der Abteilung verhält er sich ruhig, läßt stillschweigend, ohne auf Fragen zu erwidern, alles über sich ergehen, erkundigt sich nur einmal halblaut für sich, ohne sich an Jemand zu wenden, wo er denn eigentlich sei.

14. VI. Frühmorgens erkundigt er sich bei dem wachthabenden Pfleger nach dem Grund seines Hierseins. Später fragt er den gleichen Pfleger, wo er denn eigentlich sei; als er von demselben auf den Nachtstuhl gebracht wird, bittet er ihn um Verzeihung. Er muß zu allem geschoben werden. Körpergewicht 129,5 Pfund.

15. VI. Morgens postiert er sich mit düsterem Gesichtsausdruck vor sein Bett, läßt das Mittagessen zunächst unberührt, nimmt es aber schließlich nach einer Stunde bis auf einen kleinen Rest zu sich. Dann stellt er sich wieder eine Stunde lang, vollständig unbeweglich in Miene und Haltung, vor sein Bett. Darauf legt er sich unaufgefordert in dasselbe und schläft eine Viertelstunde. Nach Erwachen ist Gesichtsausdruck leidend, flehentlich. Auf Befragen, wo er sich befinde, antwortet er: „Ich weiß nicht, aber wahrscheinlich da, wo ich nicht hingehöre." Gesichtsausdruck ist häufig wechselnd. Passiven Bewegungen der Arme setzt er einen gleichmäßigen, aber leicht zu überwindenden Widerstand entgegen, verharrt stundenlang in den ihm aufgezwungenen Stellungen (Flexibilitas cerea). Seine sprachlichen Äußerungen beschränken sich auf wenige, unverständliche Worte. Abendtemperaturen um

37,5. Puls voll und gespannt, regelmäßig. Als ihm unvermutet von hinten ein Nadelstich beigebracht wird, fährt er zusammen. (Für stupuröse Zustände ist eigentlich Anaesthesie charakteristisch!)

15. VI. Verbringt diese und auch alle folgenden Nächte mit kurzer Unterbrechung zwecks Befriedigung der Notdurft schlafend, besorgt spontan seine Morgentoilette, bringt unaufgefordert sein Bett in Ordnung, begibt sich mit raschen Schritten auf den Korridor und fragt den nachfolgenden Pfleger: „Darf man da nicht hinaus, ich will auf den Abort, darf ich nicht in das Bad, gelt, ich bin durch diese Tür hereingeworfen worden?" (Erinnerungs- und Orientierungsvermögen demnach nicht aufgehoben!) Als ihm beim Mittagessen versehentlich kein Löffel gereicht wird, führt er kurz entschlossen den Suppenteller zum Munde; verneint die Frage, ob er sich zum Essen des Löffels bediente. (Versteht also die Frage!) Den Tag über liegt er meist mit halbgeschlossenen Augen zu Bett, den Kopf nach hinten verzogen und ins Leere starrend, verhält sich vollständig reaktionslos, nimmt die Mitteilung von einem neuen, in der Nähe vollführten Morde ohne Spur innerer Erregung hin. Puls 64.

18. VI. Temp. 37,0. Puls 80. Starrt etwa 10 Minuten lang, dann etwas später fast eine Stunde nach einer bestimmten Stelle der Decke, die von der Sonne beschienen wird. Gesichtsausdruck scharf gespannt.

20. VI. Sucht aus eigenem Antriebe das Badezimmer auf, entkleidet sich, steigt von selbst in die Wanne, benutzt nach dem Bade Kamm und Bürste, um die Haare in Ordnung zu bringen, mustert den Kamm genau, ob er auch sauber sei, hält ihn gegen das Licht!. Zum ersten Male klagt er über Durstgefühl, bückt sich zu den Wasserhähnen für kaltes und warmes Wasser nieder, füllt nach kurzem Hinlesen aus ersterem! seinen Becher.

21. VI. Besuch des Konkursverwalters von D. H. stellt sich, als ob er ihn nicht kenne!, starrt vor sich hin, wirft aber verstohlene Blicke! auf das Schriftstück, das dieser in Händen hält, fängt an zu weinen, als die Rede auf Frau und Kinder kommt, meint schließlich: „Ich habe doch nichts mehr drein zu reden." Fällt dann wieder in die alte Rolle! zurück und schweigt vollständig.

27. VI. Pupillenreaktion prompt auf Lichteinfall, deutliche Differenz derselben (R < L) bei seitlicher Beleuchtung. Patellarreflexe kaum auslösbar, Hautreflexe von gewöhnlicher Stärke. Sensibilitätsverhältnisse einer genaueren Prüfung nicht zugänglich, anscheinend normal. Romberg fehlt. Vermag sicher, ohne Schwanken nach einer Richtungslinie zu marschieren, leichte Dorsalflexion der Zehen, Zeichen atherome-

töser Entartung an Puls- und Halsadern. Auffallend stark entwickelte Genitalien, vergrößerte Inquinaldrüsen.

30. VI. Körpergewicht 133,5 Pfund. Nimmt die gelegentliche Äußerung, daß Verdacht auf Simulation bei ihm bestehe, zunächst gleichgültig hin, läßt aber Tags darauf ein ganz verändertes! Wesen erkennen. Setzt sich mit einem Ruck im Bett auf, drückt dem Arzt die dargebotene Hand und erklärt sich bereit, Rede zu stehen.

Wo er sich gegenwärtig aufhalte? Keine Antwort.

Ob in D.? Verneint dies sofort. „Wie ich immer höre, befinde ich mich in Würzburg."

Von wem er dies gehört? Schweigt.

Ob von einem Kranken? „Der Kranke bin ich ganz alleine, ich kann es nicht verstehen. Die Erinnerung kommt mir zurück in meinen Kopf. Wenn ich so liege, sagt es mir mein Gewissen. Ich weiß gar nicht, was ich sagen soll."

Wie er hierher gekommen sei? „Darauf kann ich mich nicht mehr entsinnen. Aber eines ist mir klar, daß ich nicht hierher gehöre."

Für wen er den Fragesteller halte? Schweigt.

Ob er absichtlich die Antwort verweigere? „Nein."

Wer seine tägliche Umgebung bilde? Schweigt.

Ob er die Leute der Zahl nach schätzen könne? Schweigt.

Welches Kalenderjahr? „1908."

Welcher Monat? „Weiß ich nicht."

Warum er eigentlich hier sei? Schweigt.

Ob er sich krank fühle? „Ja."

Ob er Schmerzen habe? Kopfschütteln.

Ob er traurig sei? Schweigt.

Ob er etwas habe, das ihn niederdrücke? Schweigt.

Verstehen Sie meine Fragen? „Ja."

Bleibt nach der Untersuchung noch eine Zeitlang wie ratlos stehen, macht den Eindruck, als ob er überlege, betrachtet den Arzt dazwischen mißtrauisch. Am anderen Tage ist er wieder stumm, verwahrt sich aber gegen die Unterstellung, daß er simuliere, mit energischem Kopfschütteln; gibt unter Seufzen zu, daß er sich seines Verbrechens bewußt sei.

7. VII. Schlechte Nacht, deren Grund man in der Entdeckung seiner Simulation suchen zu müssen glaubte!

Wo er sich befinde? „Vor Gericht." (Nach einigem Zögern.)

Wer die Begleiter wären, und ob er von diesen nicht erfahren, wohin er gebracht werden soll? (Blickt hilflos einige Zeit darein und stößt dann rasch und fließend die Worte hervor): „Die haben mich so viel gefragt, daß ich es selber nicht mehr weiß." (Spricht gegen Stupor!)

9. VII. Zunehmende ängstliche Erregung. Führt Selbstgespräche, schüttelt öfters mit dem Kopf, streift in nervöser

Unruhe beständig den einen Hemdsärmel zurück, verweigert jede Nahrungsaufnahme. Körpergewicht 126,5 Pfund. Fixiert scharf einen aufgeregten Kranken, der über Mörder und Spitzbuben zetert, begleitet dessen Schimpfereien mit einem Anfluge von Lächeln, verkriecht sich nach Art seines Bettnachbarn unter die Decke. Später ahmt er einem anderen Kranken nach, kniet sich vor dem an der Wand hängenden Kruzifix nieder, bekreuzt sich wiederholt, spricht wirre Gebetsformeln. (Echopraxie.) Er wird heftig aggressiv gegen den Pfleger. Atmung stark beschleunigt und oberflächlich, Puls 128, Gesicht congestioniert, leicht gedunsen, Pupillenweite wechselnd, Kniesehnenreflexe deutlich gesteigert, negativistisches Verhalten, hartnäckige Obstipation.

Ob er krank sei? „Ja." (Nach längerem Zögern.)

Ob er sich fürchte? „Ja." (Nach längerem Zögern.)

Wer ihm etwas tun wolle? „Meine eigene Unanständigkeit, ich kann's nicht anhören." (Symptom des Vorbeiredens.) Er zählt nach Aufforderung mit lauter Stimme bis 30, während er bisher nicht dazu zu bestimmen war!

$2 \times 2 = 4$

$3 \times 4 = 12$ (nach einigem Besinnen).

$4 \times 6 = 24$ „

$35 - 12 = 23$ „

$48 - 23 = 25$ „

$56 - 27 =$ „Das ist die Hälfte."

Welche Zahl muß zweimal genommen werden, damit es 56 gibt? „Man darf keinen Spott treiben."

Wer denn Spott mit ihm treibe? „Ich bin geschlechtskrank."

Ob er sich seinerzeit angesteckt habe? „Ja."

Haben Sie Kinder? „Ja."

Wie viele? „4 und einen Stiefsohn." (Stimmt.)

Name des letzteren? Schweigt.

Wie heißt die Frau? Schweigt. (Sperrung der sprachlichen Impulse.)

Er verläßt in der ausgesprochenen Absicht sein Bett, um den Nachtstuhl aufzusuchen, kommt aber nicht zur Ausführung seines Vorhabens, stellt sich vielmehr gegen die Pfleger, die ihm behilflich sein wollen. Wandelt die ganze Nacht im Schlafsaal herum und benimmt sich dermaßen störend, daß fast sämtliche Mitkranke ihrem Unwillen Ausdruck geben. Springt, als er zur Ruhe verwiesen wird, über 2 Betten hinweg, schlägt und beißt nach den Pflegern. Dabei sagte er einmal: „Ich bin doch kein König!" Setzt unbekümmert um die Drohungen der anderen seine Wanderungen fort, reizt einen Kranken zu recht derben Handgreiflichkeiten, zieht sich im Gerauf nicht unbeträchtliche Hautabschürfungen zu. Puls flatternd, nicht

mehr zu zählen. (Delirium cordis.) Er bringt die letzten Nächte wieder schlaflos zu, verrät trotz lebhafter, andauernder Muskelanspannung nicht einen Augenblick Ermüdungsgefühle. Pupillen ad maximum erweitert, zittert am ganzen Körper, läuft in den schon kalten Nächten nur mit Hemd lose bekleidet im Saal herum, wittert Blut, faselt für sich: „Ich kann doch nicht gegen meine Religion kämpfen, ich kann es nicht aushalten, ich muß in die Kirche."

14. VII. Temp. früh 36,9; abends 37,4; Puls 84. Benimmt sich die letzte Nacht recht störend, uriniert auf den Boden, steht bildsäulenartig Tag und Nacht auf dem gleichen Platze. Zunehmendes negativistisches Verhalten. Körpergewicht 120 Pfund.

15. VII. Seit 7 Tagen Stuhlverhaltung. Sein Benehmen macht mehrstündige Isolierung erforderlich. Er drängt ängstlich an die Zelltüre und gönnt sich keinen Augenblick Ruhe. Trotzdem bringt er es wieder fertig, über harmlose Vorkommnisse auf der Abteilung mit ganzem Gesichte zu lachen, macht eine Stunde lange onanistische Versuche, sieht angeblich einen Engel vor dem Nachtstuhle stehen. Magert mit jedem Tage mehr ab; vermag sich kaum mehr auf den Beinen zu halten, leichte Schwellung in der Knöchelgegend, Körpergewicht 118,2 Pfund.

17. VII. Zeichen einsetzender Erschöpfung. Kämpft sichtlich gegen den Schlaf an, beginnt in schamloser Weise zu onanieren, treibt sich mit Aufwand der letzten Kräfte noch im Saale herum, hält krampfhaft sein Frühbrot in den Händen, widerstrebt allen Fütterungsversuchen, nimmt aber spontan Nahrung zu sich. Gesicht infolge der Nervenanspannung hochgradig congestioniert, starker Tremor der Hände, ängstlich fragender Gesichtsausdruck. Wachendes Schlafbedürfnis bei starker sexueller Erregung. Brütet stumpf vor sich hin und ist zu sprachlichen Äußerungen nicht zu bewegen.

20. VII. Auf Klystier hin reichliche Stuhlentleerung. Seit dem 9. VII. bestand Stuhlverhaltung. Onaniert ununterbrochen trotz der größten Erschöpfung. Starke Ejaculationen von penetrantem Geruche.

24. VII. Besuch des Gerichtsarztes, der sich über die Transportfähigkeit des Angeklagten äußern soll. H. stellt sich!, als ob er denselben nicht kennen würde. Rechte Pupille verzogen, von ganz ovaler Gestalt.

25. VII. Beobachtungszeit abgelaufen. Das von der Anstaltsbehörde abgegebene Gutachten ergibt folgende Schlußsätze:

1. Der Angeklagte leidet gegenwärtig an einer durch katatone Erscheinungen komplizierten ängstlichen Entartungspsychose.

2. Derselbe hat keinen Anspruch auf den Schutz des § 51 R. St. G. B., nachdem er erwiesenermaßen bei normalen Sinnen und mit kalter Überlegung sein Opfer hingemordet.

Auf Antrag des Staatsanwaltes verbleibt H. vorläufig in der Anstalt weiter. In der Folgezeit ist das Benehmen des Patienten wesentlich unverändert.

2. IX. Über dem Kreuzbein handtellergroßer Decubitus. Duldet keinen Verband, schlägt nach den Pflegern. Nimmt an manchen Tagen die Nahrung erst zu sich, wenn sie der Pfleger wieder abtragen will, greift dann hastig nach den Speisen und verschlingt dieselben förmlich. Onaniert fast unausgesetzt.

15. IX. Besuch von seiner Frau; er nimmt keine Notiz von derselben, betrachtet sie aber von Kopf bis zu Fuß, als sie sich einen Augenblick abwendet. Onaniert sogar in deren Gegenwart, bis Ejuculation in das Bett erfolgt.

18. IX. Erkundigt sich bei den Pflegern, warum er eigentlich hier sei. Auf Vorhalt seines Verbrechens setzt er sich mit einem Ruck im Bett auf und schreit in höchster Erregung: „Ich habe kein Mädchen umgebracht!"

4. X. Kennt jeden, der mit ihm verkehrt, bei Namen, weiß an jedem etwas auszusetzen. Ist gegen seine Umgebung höchst aggressiv.

12. XI. Onaniert in der schamlosesten Weise fortgesetzt, zeigt andauernd ein negativistisches Verhalten. Wegen seiner motorischen Unruhe muß er öfters in feuchte Packungen gelegt werden, die von gutem Erfolg sind.

10. XII. Status idem.

1909.

Januar. Beobachtet die Vorgänge in der Umgebung, ist selbst aber unproduktiv; onaniert ständig bei Tag und Nacht.

April. Status idem.

Juli. Zeitweise unrein; psychisch völlig unverändert.

Oktober. Am rechten Ellenbogen besteht seit einiger Zeit eine stark eiternde Fistel. Beim täglichen Verbande ist Patient sehr widerstrebend, schlägt mit den Beinen aus, und zwar mit Vorliebe gegen die Genitalgegend der ihn haltenden Pfleger, und spuckt um sich. Bei der Temponade selbst gibt er keinen Ton eines Schmerzes von sich. Selbst in diesem Augenblick kann er das Onanieren, das er Tag und Nacht treibt, nicht lassen.

1910.

Januar. Der gleiche negativistische und unproduktive Kranke. Die Fistel hat sich geschlossen und vernarbt.

April. Patient hat den ganzen Tag das membrum in der Hand und macht Onanierbewegungen, ohne daß es je einmal

zur Erektion käme. An manchen Tagen ist er leicht erregt und aggressiv. Zu Explorationen läßt sich der negativistische und meist mutacistische Kranke nie haben. Das Verhalten des Patienten, der auch öfters unrein ist, zwingt dazu, ihn dauernd im Bett zu lassen. Körperlich ist er wieder gut beisammen.

Juli. Der gleiche blödsinnige Kranke mit denselben triebartig geäußerten, unsauberen und schamlosen Manieren.

Oktober. H. spricht mitunter leise vor sich hin, ohne daß der Sinn seiner Worte verständlich wäre.

1911.

Im allgemeinen stets das gleiche Bild. Patient liegt immer zu Bett, spricht leise, unverständliche Worte vor sich hin. Hat wie früher stets sein membrum in der Hand und zeigt dauernd ein negativistisches Verhalten. Körperlich o. B.

1912.

Januar. Körperliches Befinden des H. gut, psychisch der gleiche Zustand wie bisher; völlig negativistisches Verhalten.

Mai. Körperliches Befinden schlecht. Über beiden pulmones klein- und großblasige Rasselgeräusche, an einzelnen Stellen Bronchialatmen. Temp. 39,5; kleiner, unregelmäßiger Puls; verfallenes Aussehen.

7. Mai. Exitus letalis.

Fassen wir noch einmal das nun abgeschlossene Krankheitsbild kurz zusammen, so handelt es sich um einen Kranken, der selbst hereditär schwer belastet ist, und dessen Sohn an Epilepsie leidet. Wenn H. auch in der Folgezeit von seiner Umgebung nicht für ausgesprochen geisteskrank gehalten wurde, so sind wir doch berechtigt, ihn wegen seines abnorm frühzeitig entwickelten Geschlechtstriebes, seiner Reizbarkeit und Gemütsroheit, sowie wegen seines auffallenden, frömmelnden Wesens als Neuropath anzusehen. Nachdem er das Verbrechen vollführt hatte, fiel er durch sein scheues, eigenartiges Benehmen allgemein auf. Dann kommt eine Zeit der Erregung, während der er sich selbst dem Richter stellt. Vereinzelt treten nun neben mitunter scheinbar normalem Wesen katatone Symptome auf. Vor allem fällt da das negativistische Verhalten, das bis zum Tode fortdauert, in die Augen, ferner die dauernde Muskelspannung, die Haltungsstereotypien, die Echopraxie, dazu der mitunter rasche Wechsel von Stupor und Erregung und schließlich der Endblödsinn, der die Diagnose: Katatonie sichert. Wenn wir von mitunter normalem Wesen vorhin sprachen, so ist vor allem das Interesse gemeint, das H. zumeist seiner Umgebung entgegenbrachte, ferner seine erhaltene Auffassungs- und Merkfähigkeit, sowie die verschiedentlich von ihm bekundete Orientiertheit über

lokale und persönliche Verhältnisse. Andererseits aber wissen wir auch, daß gerade bei Katatonie neben schwerer Benommenheit ein gewisser Grad von Einsicht stets vorhanden zu sein pflegt. Was ferner gegen Katatonie spricht, ist das Lebensalter des H. Die meisten an Katatonie erkrankten Menschen stehen nämlich in der ersten Lebenshälfte, sodaß gerade das Alter für die Diagnose eine Rolle spielt (H o c h e). In jüngster Zeit hat aber W e b e r in einer Dissertationsarbeit 9 Fälle mit Anführung ebensolcher von anderen bedeutenden Autoren zusammengestellt, die jenseits des 30. Lebensjahres stehen. Auch erwartet man bei Stupor Analgesie oder Anaesthesie, während H. bei dem Nadelstich zusammenfährt; jedoch äußert er später gelegentlich der sicher sehr schmerzhaften Tamponade in keiner Weise ein Schmerzgefühl.

Was den Fall aber am meisten interessant und praktisch wichtig macht, und wodurch er auch für die gerichtliche Medizin als kasuistischer Beitrag Wert gewinnt, ist seine forensische Beziehung. Als bei H., abgesehen von seinem auffälligen Benehmen an dem Tage seines Selbstgeständnisses (30. V.), zum ersten Male in dem Gefängnis katatone Zeichen auftraten, und der Gerichtsarzt auf wiederholt energischen Antrag dessen Verbringung in eine Anstalt durchsetzen konnte, waren Alle — das Gericht und selbst die eigenen Angehörigen — der Ansicht, daß H. sich nur so stelle, um mildernde Umstände zu bekommen. Der Gedanke lag ja auch nicht allzu fern, da es sich um ein Schwerverbrechen mit bestimmter Aussicht auf Todesstrafe handelte, früher an H. selbst von seiner engsten Umgebung keine Geisteskrankheit bemerkt worden war, und die ersten Krankheitszeichen neben dem schon oben erwähnten, mitunter normalen Wesen gerade von Laien leicht den Verdacht der Simulation aufkommen ließen. In der Anstalt sehen wir nun, wie er doch trotz der ganz typischen Symptome einer Geisteskrankheit lange Zeit als Simulant angesehen wird, und jeder geringste Umstand — in der Krankengeschichte durch ! hervorgehoben — ihm als Verstellung ausgelegt wird. Wenn ja auch manches gegen eine Geisteskrankheit und speziell gegen Katatonie, wie oben dargetan, sprach, so hätten doch das wochenlange Fehlen von Hunger-, Durst- und Ermüdungsgefühlen, die Krankheitszeichen der labilen Herz- und Reflextätigkeit, die hartnäckige Obstipation und die starken Gemütsschwankungen entscheidend sein können, daß nicht so lange auch von Fachkreisen der Verdacht einer Simulation sich merken ließ. In dem Gutachten, das zu einer Zeit gegeben wurde, wo noch lange nicht der Krankheitsprozeß zur Reife gelangt war, heißt es auch, daß H. bei normalen Sinnen die Tat begangen hat. Nach unserem Erachten muß dies aber dahingestellt bleiben, da derselbe vor

dem Verbrechen keiner genügenden Beobachtung unterworfen war. Praktisch wäre in dem vorliegenden Falle wohl niemals die entscheidende Frage aufgekommen, ob H. für die Tat verantwortlich zu machen gewesen wäre oder nicht, da, selbst wenn nicht der exitus eingetreten wäre, bei dieser tiefen Verblödung nie eine restitutio ad integrum zu erwarten stand. Jedenfalls darf man den Schluß ziehen, daß gerade bei forensischen Fällen, wenn katatone Erscheinungen auftreten, der Ausgang der Krankheit genügende Berücksichtigung finden soll.

Literatur.

1. Kahlbaum: Die Katatonie.
2. Ziehen: Psychiatrie.
3. Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie.
4. Reichardt: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik.
5. Schüle: Klinische Psychiatrie.
6. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie: 1898. 4. Heft.
7. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie: 1901. 2. u. 3. Heft.
8. Binswanger u. Simmerling: Lehrbuch der Psychiatrie.
9. Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie: 1898. 6. Heft.
10. Weber: Inaug. Dissertation. Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. 1910.

Lebenslauf.

Ich wurde am 16. 9. 1886 zu Metz geboren und besuchte dort das kaiserl. Lyzeum. Von Ostern 1907 ab studierte ich Medizin auf den Universitäten Freiburg, Straßburg, Bonn (ärztl. Vorprüfung im Sommersemester 1909), Straßburg (Wintersemester 1909/10 Militärdienst mit der Waffe), Berlin und München, wo ich im Wintersemester 1912/13 das Staatsexamen bestand. Als Medizinalpraktikant war ich zu Würzburg an der Dermatolog. Universitätsklinik (Prof. Dr. Zieler) und an der Medizin. Universitätspoliklinik (Prof. Dr. Matterstock) tätig und befinde mich seit dem 1. Dezember 1913 an der Dermatol. Abteilung der städt. Krankenanstalten zu Elberfeld. (Geh. San.-Rat Dr. Eichhoff.)

Vorstehende Dissertation habe ich unter Leitung des Herrn Prof. Dr. Stumpf verfaßt.